

o AL COMUNE DI MEDICINA

OGGETTO: RICHIESTA DI RIMBORSO IMU / TASI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ via _____ n° _____

c.f. _____ - Tel.: _____

CHIEDE

il rimborso dell'imposta IMU / TASI versata in eccedenza:

ANNO	IMPOSTA PAGATA	IMPOSTA DOVUTA	RIMBORSO COMUNE/STATO

Versamento al Comune di Medicina di IMU / TASI non dovuta per la seguente ragione:

CHIEDE INOLTRE

- Che il rimborso avvenga con accredito su c/c bancario/postale intestato al sottoscritto:

IBAN: /_/

- In alternativa la compensazione degli importi versati in eccedenza con l'imposta dovuta per l'anno _____ .

Lì, _____

(Firma)
